rry,

Kystes pileux de l'ovaire. — Une observation

es varices du diploé. 1860

E

Souvenir affectueux.
F. Emery

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 avril 1860,

Par FRANÇOIS ÉMERY,

né à Aiguebelle (Savoie),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ex-Prosecteur et Lauréat de l'École préparatoire de Médecine de Grenoble,
ex-Interne des Hôpitaux civil et militaire de la même ville.

DES KYSTES PILEUX DE L'OVAIRE.

UNE OBSERVATION
SUR LES VARICES DU DIPLOÉ.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Examinateur.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE, Présid
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire,* M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH, Examinateur.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
ROUGET.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertat lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A M. MOLLARD.

Hommage de ma gratitude.

A M. MOISSENET,

Médecin à l'hôpital Lariboisière.

A M. CHATIN,

Pharmacien en Chef de l'Hôtel-Dieu.

DES

KYSTES PILEUX DE L'OVAIRE.

N° 6, femme C....., âgée de 28 ans, demeurant à Paris, entre à l'hôpital le 19 janvier 1857.

La maladie actuelle remonte à dix années, et voici quels en ont été les antécédents, d'après les renseignements fournis soit par la malade, soit par les médecins qui avaient été consultés.

Il y a dix ans, la femme C..... vit ses règles s'arrêter, et sentit dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur correspondant à la fosse iliaque; elle n'y prêta aucune attention, car les douleurs qu'elle ressentait étaient presque nulles, et sa santé ne se trouvait en rien altérée. Cette tumeur, ayant pris le volume du poing, resta stationnaire pendant cinq années. Deux ans après son apparition, les règles reparurent; à cette époque, elle se maria, continuant d'être bien réglée; plus tard enfin, elle devint enceinte, et accoucha heureusement à terme d'un enfant qui ne vécut que quelques mois.

Après ses couches, elle éprouva quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche, et la tumeur dont je viens de parler se développa rapidement, et à un tel point, que MM. les Drs Arthaud et Corselet, obligés de pratiquer une ponction, en obtinrent environ 8 litres de liquide.

Cette première ponction eut lieu à Grenoble en 1852; elle y fut suivie de deux autres.

Le liquide écoulé était, au dire de la malade, clair et ayant l'aspect du petit-lait.

La malade quitta Grenoble, et se rendit à Lyon, où elle entra à l'hôtel-Dieu.

Aucune médication curative n'avait été tentée jusque-là.

A Lyon, la première ponction fut suivie d'une injection iodée qui n'amena aucune amélioration; car, six mois après, on fut obligé de lui en pratiquer une seconde et de recourir de nouveau à l'emploi de l'injection iodée; chaque fois la quantité du liquide obtenu était aussi considérable (15 litres à chaque ponction).

La malade quitta Lyon, et revint à Grenoble, où elle entra à l'hôpital à la date que j'ai indiquée en commençant.

Émaciation générale, peau pâle et décolorée, face bouffie, membres infiltrés, urines rares, faiblesses, et un peu de fréquence du pouls.

Traitement. Bouillon lié; tisane de gomme édulcorée avec le sirop de pointes d'asperge, potion avec le sirop de digitale.

Le 25 janvier, sous l'ordonnance de M. le Dr Robin, je pratiquai une ponction et j'obtins 16 litres d'un liquide séro-crémeux; et cependant, malgré cette énorme quantité de liquide, la cavité abdominale ne fut pas complétement vidée.

La percussion ne donnait pas de son tympanique.

Même traitement.

Du 30 au 10 février, la malade a eu de la diarrhée; elle fut arrêtée par la thériaque.

Le 12, survint une diphthérite. — Collutoire avec le borax et le miel rosat.

Par la percussion, on avait de la tympanite siégeant à la région épigastrique.

L'état général est le même, l'infiltration a un peu augmenté.

Le 16. La malade éprouvait une grande difficulté pour respirer, une nouvelle ponction fut pratiquée. Après 6 litres de liquide de même nature que celui obtenu précédemment, comme il ne s'écoulait plus rien par la canule du trois-quarts, j'y passai un fer de bas; j'éprouvai une faible résistance, et le liquide s'écoula de nouveau;

seulement, de temps à autre, je voyais passer au milieu du liquide quelques flocons que je pris pour des fausses membranes ; je recherchai ensuite dans le liquide, et ce que j'avais pris pour des fausses membranes était des cheveux enduits de matière blanchâtre. Après avoir retiré la canule, j'en vis paraître encore qui bouchèrent l'orifice fait par le trois-quarts aux parois abdominales.

Je ne retirai par cette ponction que 8 litres de liquide ; l'abdomen avait peu diminué de volume, et cependant assez pour que la femme fût soulagée ; elle respirait plus librement.

Le 25, elle éprouva de la douleur ; elle l'attribuait à l'alèze placée après la ponction pour soutenir et comprimer les parois abdominales ; mais, les liens enlevés, la douleur persista.

Le 26, le pouls donnait 110 pulsations et était à peine sensible.

Le 1er mars, elle mourut.

Autopsie. Tympanite à la partie supérieure de l'abdomen, dans un rayon de 2 décimètres environ ; les parois abdominales sont fortement tendues, et leur partie antérieure fait corps avec la tumeur, à tel point que leur dissection est très-difficile.

Les muscles droits antérieurs ont presque complétement disparu.

La tumeur n'adhère aux parois abdominales que dans cette partie antérieure, où elle est ossifiée dans quelques points.

Elle adhère encore à la matrice, qui a perdu sa forme normale ; le corps de l'utérus est très-allongé. Ce dernier organe est fortement incliné de gauche à droite et de haut en bas, de telle sorte que la trompe de Fallope et l'ovaire droit plongent profondément dans le petit bassin, tandis que ceux de gauche, qui forment un pédicule du kyste, sont fortement relevés dans la fosse iliaque, du même côté. On ne peut au juste désigner le lieu d'implantation du kyste, car l'ovaire gauche a disparu.

Entre le kyste et l'abdomen, sur leur partie latérale, on trouve une quinzaine d'hydatides, dont la plus développée est de la grosseur d'une noix.

A la partie supérieure de l'abdomen, près de l'estomac, on rencontre des traces de péritonite et de la sérosité purulente.

Le kyste, à son sommet, communique avec la cavité péritonéale par un trajet fistuleux assez étroit.

Ce kyste ouvert, il s'en échappe une grande quantité de gaz et 10 litres de liquide purulent, contenant des grumeaux de matière sébacée, dans laquelle nagent des cheveux roux en peloton, formant une masse de la grosseur du poing et entourée de matière sébacée et calcaire. On voit encore une dent incisive de seconde dentition dépourvue d'émail, ayant une racine très-allongée, par laquelle elle tient aux parois du kyste.

Sa longueur est de 2 centimètres et demi; près de la dent, une masse charnue de la grosseur d'un œuf de poule est aussi implantée aux parois du kyste.

La longueur des cheveux est en moyenne de 0,15 centimètres.

Les parois du kyste ont environ 0,01 centimètre d'épaisseur, et le kyste a plus de 0,80 centimètres de circonférence.

Les tumeurs de l'ovaire connues sous le nom de *kystes pileux* n'ont pas toutes la même grosseur; quelques-unes sont du volume d'un œuf de pigeon, tandis que d'autres atteignent la grosseur d'une tête de fœtus et même d'adulte.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, les dimensions du kyste sont plus grandes encore, puisqu'il mesure plus de 0,80 centimètres de circonférence.

C'est dans cette circonstance que l'on peut quelquefois diagnostiquer ces kystes pileux, lorsque quelque temps après une ponction il y a dans le kyste assez de liquide pour permettre le ballottement.

Le corps dont le doigt constate la présence, n'étant pas assez volumineux pour faire croire à la présence d'un fœtus, amène à penser que ce n'en est que des débris.

Ces kystes sont uni ou multiloculaires; chez ces derniers, tantôt

la poche mère est cloisonnée, sans que les cavités qu'elle renferme communiquent entre elles, tantôt ce sont des poches à communication libre.

Il est relaté, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, une observation de M. Alquié, qui a trait à un kyste pileux de l'ovaire contenant dix poches qui communiquaient toutes.

Ces kystes sont formés par des parois fibreuses denses, épaisses, et que l'on peut diviser en plusieurs couches.

Quelquefois, surtout lorsqu'elles atteignent un volume assez considérable, elles contractent des adhérences avec les parois abdominales, et, comme on le voit dans l'observation précitée, ces adhérences sont si intimes, qu'il est difficile d'en opérer la dissection.

Elles ont encore lieu entre la tumeur et les viscères contenus dans la cavité abdominale; tels sont l'estomac, les intestins, la vessie ou le vagin.

Une communication s'établit bientôt entre ces parties et le kyste, et ce dernier se vide peu à peu par la voie qui lui est ouverte; c'est ce qui explique les cas de guérison spontanée dont la nature fait seule tous les frais (observation de Dupuytren).

Le péritoine tapisse ces kystes à l'intérieur; leur paroi interne, lisse, luisante, offre l'aspect d'une séreuse; d'autres fois elle est en tout semblable au tissu dermique (Luys, Société biologique, octobre 1855).

M. Robin y a trouvé des follicules pileux et des glandes sudoripares.

Les parois du kyste peuvent subir des transformations, devenir cartilagineuses ou s'encroûter de matières calcaires (*Bulletins de la Société anat.*, 1854, p. 5).

Le contenu peut être un liquide clair, transparent, semblable au petit-lait; mais, le plus habituellement, ce sont des matières grasses qui ont l'aspect du suif, du miel, de l'axonge, de l'huile ou du cérumen.

Des poils, des os, des cheveux, nagent dans ces matières. Les che-

veux y sont enchevêtrés ou libres et isolés ; rarement on y trouve de véritables poils. La présence des poils supposerait nécessairement celle du bulbe formateur et, par suite, celle de la peau, d'où ces kystes pileux devraient présenter dans leurs parois des traces de tissu cutané.

Ce n'est pas ce qui arrive ordinairement ; au contraire, la présence du tissu dermoïque, même en partie circonscrite, fait exception (en voir des exemples, Cruveilhier, *Anatomie path.*, 18e livrais., pl. III, fig. 4).

Les poils sont adhérents ou libres ; ces derniers sont disséminés au milieu d'une matière grasse, à la manière de la bourre dans du mortier. Les poils adhérents tiennent par une de leur extrémité (rare) ou par des points de leur longueur. Les premiers, pourvus de bulbe, s'implantent dans le tissu cutané ; les seconds sont maintenus soit par des plaques crétacées, soit par des fibres ténues et transparentes.

M. Cruveilhier conclut de ces faits que la présence des poils dans les kystes de l'ovaire ne peut s'expliquer que par celle du tissu cutané ; que si l'on ne trouve pas constamment ce tissu, c'est qu'il aura été détruit ou transformé en tissu fibreux, par suite du travail morbide qui a eu lieu dans ces poches accidentelles. Les cheveux ont une grandeur variable ; on en a trouvé qui avaient 3 mètres de longueur (Cruveilhier, *Anatomie patholog.*).

Leur coloration n'est pas toujours la même ; dans l'observation de M. Alquié, les dix poches contenaient chacune des cheveux de couleur différente. Des matières grasses accompagnent constamment la présence des cheveux. D'où vient-elle ? Par quoi est-elle formée ? Serait-elle le produit de la sécrétion des follicules de la peau ? Il faut alors admettre que le tissu cutané forme la paroi interne du kyste.

Nous avons encore recours à M. Cruveilhier, qui en donne une explication (*Anatomie pathol.*, t. III).

« On croyait généralement que la matière grasse ou adipocire était

le terme commun de la putréfaction de toutes les substances animales.

« Le mot de gras de cadavre est consacré à cette transformation ; mais c'est là une erreur.

« La graisse déposée dans les tissus cellulaires et la graisse des os, voilà l'unique source de la graisse trouvée dans les cercueils. En serait-il de même de celle trouvée dans les kystes de l'ovaire ? Certainement. La matière grasse est un produit de sécrétion trop répandu dans l'économie pour qu'on doive chercher une autre explication de sa production.

« Ce qu'il y a de certain, c'est que la matière grasse accompagne constammment la présence des cheveux ou des poils dans les kystes. »

La présence des cheveux accompagne toujours celle des dents qui sont habituellement de première dentition. Notre observation serait donc une exception à la règle posée par M. Cruveilhier. Leur nombre est variable, 2, 3, quelquefois 25, et même 44, en admettant, ce qui est possible, qu'on ait trouvé, outre les dents de première, les dents de seconde dentition (*Transact. of irish Academ.*, t. I). Quant à l'observation d'Autenrieth, qui dit en avoir trouvé 300, il est permis de croire que ce qu'il a pris pour des dents était des fragments d'os.

Les os que l'on rencontre le plus souvent sont ceux de la mâchoire, et les dents y sont implantées. Les os sont ordinairement adhérents au kyste par des membranes fibreuses. On a encore trouvé des parties plus organisées, et l'on a cru reconnaître la tête (Velpeau, Société philomat., 1825 ; *Tumeur de l'ovaire*).

Ces débris de fœtus, bien que se présentant plus souvent dans les ovaires, peuvent encore se retrouver dans d'autres parties du corps. Ainsi on en a vu dans la région sacro-périnéale (Meyer, Oliviers, *Archives génér. de méd.*, 1827, t. XV ; Laugier, Académie des sciences, 1855) : tumeur sous-cutanée dans la région du sacrum chez un enfant de 11 mois, sexe féminin ; dans la région scrotale (Velpeau, *Gazette de méd. prat.*, 1840) : Un homme porte dans le scrotum une

tumeur grosse comme un œuf de dinde, recouverte par de la peau blanche, insensible et sans poils.

Cette tumeur est congénitale, et offre à sa partie postérieure trois ouvertures fistuleuses d'où suinte une matière grasse ; une de ces ouvertures donne naissance à une touffe de poils très-fins.

La dissection de cette tumeur fit reconnaître des fragments osseux et des débris de fœtus.

On en rencontre plus souvent encore dans la cavité péritonéale (Dupuytren, relaté par Breschet, *Archives générales de médecine*, 1823-1824).

Tumeur formée aux dépens du côlon transverse, développée chez un jeune homme.

On y peut reconnaître des débris de la tête, de la colonne vertébrale, de la moelle épinière, du membre inférieur gauche, des membres supérieurs.

On a encore trouvé des kystes pileux: 1° Dans la région épigastrique : enfant femelle âgée de 2 ans 9 mois. Tumeur située entre la cavité abdominale et la peau, contenant un monstre pesant une livre, long de 7 pouces; la tête avait des cheveux longs de 8 à 9 pouces (*The Medic. repository of New-York*, 1809).

2° Au cou, contenant des poils, des os, des dents (*Archives gén. de méd.*, t. I).

3° Dans le médiastin (Gordon, *Archives gén. de méd.*, 1826).

4° Près du sourcil, kyste dermoïde.

Tumeur congénitale chez un jeune homme de 24 ans, du volume d'un œuf de pigeon (Société de biologie, 1852).

Pour les kystes développés dans le tissu sous-cutané, M. Cruveilhier n'admet plus le même point de départ que pour les kystes ovariques; c'est-à-dire la présence d'un germe fécondé.

Il est, selon lui, plus rationnel d'admettre la production spontanée dans l'économie d'un kyste à parois cutanées.

Nous reviendrons sur ce point, en parlant des théories émises sur

l'origine de ces kystes, question que nous allons non pas discuter, mais simplement présenter.

Comment les kystes pileux ou les kystes parasitaires se comportent-ils? comment vivent-ils?

Quelquefois le parasite est inclus dans le sujet porteur de telle manière qu'il reste complétement ignoré, et qu'on ne peut que soupçonner sa présence pendant toute la durée de la vie du fœtus porteur (parasite par inclusion).

Tous les parasites inclus, et on peut aussi dire les kystes pileux, sont isolés de l'individu porteur à la faveur d'un kyste fibreux plus ou moins dense, qui a pour but cet isolement, en même temps qu'il fournit les matériaux de leur nutrition à ces débris de fœtus qui ont contracté des adhérences avec ses parois.

Ces tumeurs vivent d'une vie purement végétative. Ceux des débris du fœtus qui sont restés adhérents aux parois continuent de vivre de cette vie d'emprunt; ceux de ces débris qui sont sans adhérence, dépourvus de toute vitalité et de toute nutrition, subissent les altérations qui résultent de l'action absorbante des parois du kyste et de la décomposition spontanée de ces débris devenus corps étrangers.

Ainsi constitués, ces kystes peuvent rester inoffensifs pendant toute la vie de l'individu porteur; ils peuvent également devenir le siége d'un travail inflammatoire, qui a pour conséquence l'élimination des parties contenues à la manière d'un corps étranger, ou bien la sécrétion trop abondante du liquide, comme cela a lieu dans l'ascite, et devenir ainsi la cause spéciale d'une ascite. Dans quelques cas, l'individu porteur a pu survivre à ce travail (*Archives générales de médecine*, 1829, t. XV) d'élimination qui a eu lieu tantôt par la peau, tantôt par les surfaces muqueuses; d'autres fois il y a succombé.

Origine des kystes pileux.

Pour M. Cruveilhier, ils auraient une origine commune avec les

grossesses extra-utérines. Selon lui, à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, le fœtus ou plutôt l'embryon aurait, par sa face cutanée, contracté des adhérences au kyste, et la partie adhérente se serait seule développée, au préjudice des autres, qui aurait entraîné hors de l'organisme le mouvement de désassimilation. Plusieurs observations d'adhérence de fœtus à leur enveloppe viendraient à l'appui de cette manière de voir.

Mais, d'autre part, les cas de filles vierges, de filles au-dessous de l'âge pubère, d'hommes chez lesquels on a trouvé ces mêmes kystes, ne permettent plus d'assimiler leur origine à celle formée par les grossesses extra-utérines; aussi M. Cruveilhier complète-t-il sa théorie par celle de l'inclusion parasitaire.

Il admet l'identité de la cause pour tous les cas (c'est la présence d'un germe fécondé); puis deux manières différentes d'existence du germe : soit que le germe fécondé soit contemporain du fœtus porteur dans lequel il se trouve contenu par voie de pénétration (inclusion parasitaire), soit qu'il provienne de l'individu porteur par voie de génération (grossesse extra-utérine).

Le premier cas est pour expliquer les faits de kystes pileux trouvés chez les jeunes filles non pubères, chez les hommes dans la cavité péritonéale ou ailleurs.

Le second, pour expliquer les faits de kystes pileux trouvés chez les femmes, chez lesquelles ces kystes sont très-fréquents, comparés aux précédents.

D'autres hypothèses ont encore été émises, sur la formation et la nature de ces kystes; je ne ferai que les énoncer, sans m'arrêter à donner les réfutations qu'on leur a opposées.

Pour les uns, la nature créait, dans un point quelconque de l'économie, certains tissus ou certains produits (tissus osseux, cartilagineux, épidermiques; c'est l'hétérotopie plastique de Lebert).

Pour d'autres, un acte générateur ayant produit deux organismes, l'un avait englobé l'autre, et ce dernier, imparfait, n'avait laissé que des traces de son existence (théorie des monstruosités par inclusion).

Ceux-ci trouvent une explication favorable dans l'emboîtement des germes (Tumiati, Otto, Meckel).

L'ovaire, disent-ils, contenant tous les germes futurs, deux de ces germes se trouvant presque contemporains, le premier seul se développerait et il ne resterait que des traces du second.

Cette évolution aurait lieu soit par une simple excitation génitale (Meckel), soit parce que l'acte générateur ayant produit le premier germe aurait encore suffi pour féconder le second, c'est-à-dire le germe incomplet contenu dans le premier. Les traces du produit de conception étaient, dans cette hypothèse, enfants contemporains, et non frères de l'individu porteur. Ils comparaient leur doctrine à ce qui a lieu chez certaines femelles d'insectes, qui peuvent fournir plusieurs générations sans le secours du mâle.

Pour MM. Prevost et Dumas, l'œuf fécondé, mettant quinze, vingt jours pour descendre dans l'utérus, serait atteint, pendant le parcours de l'ovaire à l'utérus, par un deuxième œuf fécondé.

En vertu d'un travail pathogénique ignoré, ces deux ovules, gênés dans leur développement, contractent des adhérences. Or, dans les premiers temps, l'abdomen constitue, chez l'embryon, la plus grande partie du corps; le canal intestinal est d'abord contenu dans la base du cordon, qui n'est alors que le prolongement de l'abdomen; on conçoit, dans l'hypothèse des deux ovules fécondés, d'un développement inégal, que, sous l'influence d'une pression mécanique, une inflammation adhésive pourra s'étendre jusqu'à l'intestin immédiatement contigu aux membranes minces qui contractent des adhérences; puis, l'intestin rentrant dans la cavité abdominale, l'ovule y adhère et est entraîné avec lui.

L'occlusion devient complète en avant par le rapprochement des téguments, qui s'opère régulièrement, de même que l'accroissement des autres parties du fœtus. Cette théorie expliquerait ainsi la fréquence de ces tumeurs dans les parois abdominales, et le scrotum qui y est contenu jusque vers l'époque de l'accouchement.

Pour M. Pigné (Société anatomique, 1846), il en est à peu près de même. Seulement pour lui l'occlusion viendrait de l'œuf même; car dans l'ovaire on trouve des vésicules de Graaf unies entre elles; quelquefois elles sont si intimement unies, qu'une portion de l'une pénètre dans l'autre, et dans ce cas les deux vésicules communiquent ensemble. Or, si l'un des deux corpuscules (vésicules) est fécondé, l'autre le sera nécessairement; les deux œufs croîtront ensemble, il y aura un double produit de fécondation réuni dans la même enveloppe, et ces deux germes se développeront simultanément à côté l'un de l'autre : si l'un se développe plus rapidement que l'autre, il englobera le retardataire, mais il ne l'englobera qu'à l'aide des organes qui se développeront les premiers.

Or on est d'accord que le cœur et les corps de Wolf sont de tous les organes ceux qui apparaissent les premiers; ces derniers président ultérieurement à la formation des ovaires ou des testicules et du côlon; c'est donc dans ces organes que le fœtus englobé devra se trouver, et c'est là, ainsi que les faits le démontrent, que l'on rencontre ces sortes de kystes.

On voit donc que cette hypothèse, ayant un point de départ différent de celle de MM. Prevost et Dumas, n'en arrive pas moins au même résultat.

TRAITEMENT.

A. *Interne.* — Vanté par Seymour, Waren, Baron, il eut contre lui Morgagni et Hunter. On s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'inutilité patente des médicaments proprement dits.

On s'exagère trop, d'une part, le danger de l'opération, et de l'autre le pouvoir des drogues, telles que les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, etc. « Le chirurgien, dit M. Trousseau, devrait dans ce cas ouvrir plus souvent sa trousse que feuilleter son formulaire. »

B. *Externe.* — 1° Ponction simple ;

2° Ponction et ouverture permanente ;

3° Ponction suivie de compression méthodique et permanente ;

4° Incision du kyste ;

5° Extirpation totale de l'ovaire ;

6° Ponction suivie de l'injection iodée.

Nous nous arrêterons à ce dernier mode de traitement ; c'est celui qui est le plus admis aujourd'hui, et c'est le seul qui, dans le cas de l'observation citée en tête de notre thèse, eût offert quelques chances de succès.

L'injection iodée devait, dans cette occasion, être employée, bien qu'on n'emploie l'injection iodée que pour les kystes reconnus simples, et que le nôtre ne se trouve pas dans ce cas ; mais la nature de ce kyste ne fut reconnue que quelques jours avant l'autopsie, et pendant dix ans les médecins de Grenoble, comme ceux de Lyon, crurent à un kyste simple.

Tant qu'il fut stationnaire, tout traitement eût été sinon inutile, du moins téméraire ; car il est des kystes qu'on ne doit pas tenter d'opérer : ce sont ceux qui sont bénins, de petit volume, qui restent constamment stationnaires, n'altèrent en rien la santé, et se rapprochent ainsi beaucoup des kystes qu'on ne découvre qu'à l'autopsie. Il est d'autres tumeurs consistantes, tissus hétérogènes constatés ou soupçonnés dans le liquide morbide ; on juge prudent de s'abstenir, et on doit condamner les tentatives d'extirpation faites en Angleterre et en Amérique, bien qu'on dise qu'elles aient été quelquefois suivies de succès ; mais, la tumeur, après être restée cinq ans stationnaire, prenant tout à coup un développement rapide, n'eût-on pas agi sagement en usant de moins de prudence, et en employant un traitement curatif au lieu de se borner à de simples paracentèses ? Bien qu'on ne fût pas arrivé par la ponction iodée à une cure radicale, du moins l'iode aurait pu modifier la surface de sécrétion des parois, et empêcher le nouvel afflux du liquide qui était cause de l'extension de la tumeur.

Quelque chose venait-il contre-indiquer ces injections? Non; car d'une part le liquide obtenu, au dire de la malade, était, au début, comme dans la première ponction que je pratiquai, clair, jaune citrin.

Les parois étaient-elles trop épaisses? Non encore; s'il en eût été ainsi, 1° elles ne se seraient pas accrues aussi rapidement, 2° elles l'auraient été moins à l'époque où le kyste contenait 20 litres de sérosité.

La difficulté venait-elle du contenu du kyste? Toujours non, puisqu'on n'avait pu reconnaître sa nature pileuse.

Maintenant a-t-on mal fait de pratiquer des injections iodées, lorsque la tumeur avait presque atteint les dimensions que nous lui avons trouvées à l'autopsie, et alors que les parois avaient presque 2 centimètres de diamètre? Je ne le crois pas. Si ces injections étaient à peu près nulles comme chance de guérison, du moins elles n'avaient aucun danger, et pouvaient, quelque faible qu'elle fût, offrir un chance d'amélioration.

M. Huguier, à propos des discussions de l'Académie sur le traitement des kystes de l'ovaire, cite une observation où certes on était loin de s'attendre au résultat que devait produire l'injection iodée. Cette observation, la voici en quelques mots: « Une première ponction donne issue à 17 litres de liquide. La tumeur se reproduit bientôt avec des phénomènes graves qui annoncent la formation du pus dans le kyste. Une deuxième ponction donne 12 litres de liquide purulent; elle est suivie de l'injection iodée. Les accidents s'amendent, la tumeur revient sur elle-même; la malade entre en voie de guérison. »

M. Boinet, dans ses 44 observations présentées à l'Académie, a eu aussi quelques cas de succès non moins inespérés.

Disons maintenant les divers modes de traitement par les injections d'iode.

M. Barth présente à l'Académie de Médecine, séance du 1er avril 1856, un nouveau mode de traitement des kystes de l'ovaire.

Il consiste dans l'injection iodée, au moyen d'une sonde à demeure, après une double ponction par un trois-quarts recourbé.

M. Barth ponctionna le kyste sur la ligne médiane de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, la vessie ayant été préalablement vidée par le cathétérisme. Ramenant ensuite en avant la gaîne de l'instrument, il introduisit de nouveau un trois-quarts courbe, la convexité tournée vers la colonne vertébrale; il perfora une seconde fois, mais de dedans en dehors, la double paroi du kyste et de l'abdomen. Un tube en caoutchouc vulcanisé, très-flexible, ayant deux yeux à sa partie moyenne, fut conduit à travers la gaîne à l'aide d'un fil métallique, de sorte que les deux extrémités de ce tube élastique, pendantes en dehors, donnaient au liquide du kyste un écoulement incessant et facile : c'était là un véritable drainage.

Des injections avec l'eau tiède d'abord, et huit jours après avec la teinture d'iode, furent pratiquées; une compression modérée de l'abdomen vint encore favoriser la rétraction du kyste.

M. Boinet repousse cette méthode de traitement, parce qu'il faudrait, pour l'appliquer, attendre un certain développement du kyste, et, selon lui, il faut les opérer à leur début, éviter l'usage de sondes à demeure, qui facilitent les adhérences du kyste avec les parois de la cavité abdominale, empêchant la rétraction de la tumeur, et permettant la formation de brides sous lesquelles les intestins peuvent s'engager et s'étrangler.

Il veut qu'on fasse suivre la ponction de l'injection immédiate du liquide iodé, disant que l'empoisonnement que M. Barth redoute par cette substance n'est nullement à craindre, qu'en outre la sonde à demeure et les deux ouvertures n'empêcheraient pas la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale. M. Boinet croit (et il a raison) que l'iode n'amène pas la guérison par l'inflammation adhésive, mais en modifiant la sécrétion des surfaces avec lesquelles elle est en contact ; c'est pour cela qu'il veut qu'on agisse de suite après la ponction, et le plus près possible du début du kyste.

La femme opérée par M. Barth meurt le 28 mai 1856, c'est-à-dire deux mois après la ponction. L'autopsie, comme on va le voir, ne justifie pas les craintes de M. Boinet soit sur la formation des brides, soit à cause de la non-rétraction de la tumeur, kyste volumineux contenant du liquide, offrant à sa partie supérieure une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ; autour du kyste, le péritoine est le siége d'une vive phlegmasie suraiguë.

L'utérus est derrière et en partie revenu sur lui-même.

La malade avait enlevé la sonde dans le cours du traitement.

M. Barth insiste sur l'innocuité du traitement, parce qu'il a permis à la grossesse de suivre son cours, et n'a donné lieu à aucune adhérence fibreuse ; que le kyste s'est rétracté. Quant à la perforation et à la péritonite qui en a été la suite, il l'attribue à la pression exercée par l'utérus sur le kyste, qui ne pouvait plus se désemplir, puisque la malade avait enlevé sa sonde.

L'opération des kystes de l'ovaire est soumise à diverses conditions que le chirurgien ne devra jamais oublier. Ces conditions tiennent au volume, à la nature, aux parois, au contenu du kyste, etc., et lorsque le praticien aura éclairé son diagnostic par toutes les connaissances anatomiques et physiologiques que comporte ce sujet, il pourra choisir le traitement le plus convenable. Les conseils de nos maîtres sur ce sujet, comme sur tous ceux qui présentent de graves difficultés, ne nous font pas défaut, et nous ne saurions mieux faire que de les rapporter.

Les kystes de l'ovaire, en général la plus bénigne des maladies incurables, frappent d'abord le clinicien par ce double caractère d'une innocuité assez généralement admise, et aussi d'une ténacité non moins généralement reconnue.

Avant de porter la main armée sur des tumeurs de ce genre, tout praticien est donc tenu de peser les chances, soit bonnes, soit mauvaises, qui résultent de la temporisation, puis, tout à côté, celles qu'engendre l'intervention chirurgicale.

Quant aux conséquences des kystes traités par la simple paracen-

tèse, M. Velpeau opine que, dans beaucoup de circonstances, cette opération suffit pour laisser aux femmes le temps de parcourir le terme de la vie moyenne.

On peut donner ce précepte : *Ne toucher à ces tumeurs que pour les guérir;* et les conditions qui indiquent l'opération sont :

1° Que le kyste ne soit ni cartilagineux ni induré, et qu'il ne donne aucune sensation de corps dur dans son intérieur;

2° Que son volume ne dépasse pas un diamètre de 10 à 15 centimètres.

La présence d'une sonde laissée dans le kyste présente des inconvénients en ce que l'introduction de l'air change un liquide inoffensif en un liquide purulent, et l'existence du pus dans une poche entourée d'organes importants et qu'on ne peut atteindre fait craindre l'ouverture de cette poche dans le péritoine.

L'opération étant nécessaire, évacuer la poche; y injecter la teinture d'iode étendue d'eau; laisser l'injection pendant quelques minutes, en exerçant sur le ventre des pressions légères; en faire sortir le plus que l'on peut, sans exercer de compression, retirer la canule, et prescrire le repos absolu.

La question du traitement, qui doit toujours être chirurgical, est pour M. Cruveilhier subordonné en grande partie aux différences que présentent les kystes sous le rapport de la qualité du liquide contenu, de la disposition de leurs parois, de leur structure.

1° Les hydropisies enkystées de l'ovaire sont des affections purement locales, qui ne comportent qu'un traitement chirurgical : il est douteux qu'un traitement médical quelconque pût exercer la moindre influence sur leur marche progressive.

2° Il est des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif ni traitement palliatif; ce sont les kystes aréolaires, vésiculaires, et les kystes multiloculaires à cellules très-multipliées et non communicantes.

3° Il est, au contraire, des hydropisies de l'ovaire qui sont sus-

ceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif; tels sont essentiellement les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par la ponction, et les kystes multiloculaires à cellules communicantes.

4° Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif les kystes composés en partie uniloculaires, en partie aréolaires ou vésiculaires ou multiloculaires.

5° Le traitement palliatif a pour objet l'évacuation pure et simple du contenu liquide par la ponction; le traitement curatif a pour objet de déterminer le retrait et l'inflammation adhésive des parois du kyste.

6° La ponction même avec un gros trois-quarts étant insuffisante pour évacuer le contenu des kystes, quand ce contenu est gélatiniforme ou extrêmement visqueux, l'incision de Ledran devrait lui être substituée avec les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine.

7° A la proposition absolue de toute tentative de cure radicale des kystes ovariques, établie comme règle jusque dans ces derniers temps, doit être substituée la ponction suivie de l'injection d'iode.

8° Dans l'état actuel de la science, le traitemant curatif des hydropisies de l'ovaire ne doit être tenté qu'avec une extrême prudence, même dans les conditions les plus favorables.

9° Le grand danger, dans le traitement curatif comme aussi dans le traitement palliatif, c'est l'inflammation purulente ou gangréneuse du kyste; le choix du procédé à mettre en usage doit être dirigé d'après cette indication.

10° Le moment d'opportunité pour l'application du traitement curatif est celui où le volume du kyste commence à troubler l'exercice des fonctions.

M. Huguier ne partage pas de tout point les opinions émises par M. Cruveilhier; pour lui :

1° Les kystes de l'ovaire ne sont pas des affections aussi bénignes

qu'on le pense généralement, ce sont au contraire des affections fort graves dans un grand nombre de circonstances.

2° C'est une erreur de penser que, dans la majorité des cas, la vie se prolonge jusque dans un âge avancé; plus la femme est jeune, plus vite elle succombe.

3° Les kystes uniloculaires, sans altération organique de leur paroi, qui contiennent un liquide séreux sanguinolent ou albumineux, ceux qui ont pour point de départ une grossesse extra-utérine, les kystes purulents, sont ceux dont on obtient le plus facilement la guérison.

4° Il ne faut pas toucher aux kystes aréolaires et multiloculaires, à moins que, très-peu volumineux, ils ne causent déjà de grandes incommodités ou des souffrances. On a alors la chance d'éviter les graves accidents que leur traitement chirurgical détermine ordinairement lorsqu'ils sont volumineux.

5° Le moment opportun pour opérer est celui où le kyste, n'ayant pas encore acquis un grand volume, commence à faire souffrir la malade et à exercer une fâcheuse réaction sur ces fonctions.

6° L'emploi d'une seule méthode réussit rarement; il faut les combiner.

7° Parmi les injections, les iodées sont celles qui réussissent le plus souvent, qui sont le moins suivies d'accidents, et qui mettent le plus souvent à l'abri de l'infection purulente.

8° On devra, autant que possible, attaquer le kyste par le vagin plutôt que par les parois abdominales.

Les motifs qui ont fait préférer à M. Huguier la ponction par le vagin sont les suivants : « En ouvrant, dit-il, la partie la plus déclive de la tumeur, on évite la stagnation des liquides. Si la plaie demeure fistuleuse, si le kyste, ayant récidivé, vient à se rompre, l'écoulement aura lieu sans danger par le vagin; de plus, on s'expose moins à blesser les vaisseaux du kyste qui arrivent à cette poche par sa partie externe. La ponction par le vagin ne produit

pas de ces adhérences qui fixent le kyste et l'empêchent de se rétracter. »

M. Huguier ne l'a jamais vue suivie de péritonite.

Après avoir fait connaître les résultats obtenus dans 44 observations de kystes ovariques traités par les injections iodées, M. Boinet en tire les conclusions suivantes :

« 1° Il ressort de ces 44 observations que la ponction ou les ponctions nécessaires, suivies d'injection iodée, dans les hydropisies enkystées de l'ovaire, n'ont jamais offert le moindre danger, que les kystes fussent simples ou compliqués, uniloculaires ou multiloculaires ;

« 2° Que les injections ont souvent procuré la cure radicale (2 fois sur 3) et toujours une amélioration remarquable, même dans les kystes où la guérison n'était pas possible, et dans ceux qui étaient compliqués de lésions organiques ;

« 3° Que les kystes simples uniloculaires séreux, même très-volumineux, guérissent très-facilement, et que le plus souvent une seule ponction et une seule injection ont suffi pour les guérir ;

« 4° Qu'on peut pratiquer, sans inconvénient aucun, un grand nombre de ponctions, suivies d'injections iodées, dans le même kyste ;

« 5° Qu'il est important d'opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils soient devenus multiloculaires et avant que la santé des malades soit très-altérée ; qu'on doit opérer dès qu'on a reconnu la présence d'un kyste, si ce kyste fait des progrès ; qu'on doit revenir à la ponction et à l'injection de l'iode dans ce kyste, déjà injecté, aussitôt que le liquide se reproduit ;

6° Enfin que la sonde à demeure doit être réservée pour des cas exceptionnels, et lorsqu'un grand nombre de ponctions et d'injections ont échoué.

Il me reste à citer, pour compléter cette étude du traitement des kystes de l'ovaire, les conclusions de M. Cazeaux ; puis je terminera

par celles de M. Velpeau, qui ont clos les discussions de l'Académie de Médecine sur le traitement des kystes de l'ovaire.

Il me semble prouvé, dit M. Cazeaux :

1° Que les kystes de l'ovaire constituent une des maladies les plus graves et assez promptement mortelle ;

2° Que la ponction dite palliative ne guérit que dans les cas très-exceptionnels, ne soulage que peu de temps, expose les malades à des dangers sérieux sans leur offrir en compensation les chances probables d'une vie moyenne ;

3° Que la ponction suivie de l'injection iodée est, dans l'état de la science, le moyen le plus sûr et le moins dangereux de guérir cette maladie jusqu'alors incurable ;

4° Qu'il est aujourd'hui plus que rationnel d'y recourir dans tous les cas de kystes séreux hydatiques et multiloculaires ;

5° Que si les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents offrent moins de chance de guérison, les résultats obtenus par M. Boinet autorisent à en tenter la cure radicale ;

6° Que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux, ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Soit des faits qui lui sont propres, soit de ceux qui ont été rapportés à l'Académie de Médecine, soit des différentes publications, M. Velpeau conclut :

1° Que les kystes de l'ovaire ont une durée moyenne de dix à douze ans, qu'on en a vu persister vingt ans et au delà ;

2° Qu'ils sont rarement susceptibles de guérir spontanément, soit par un traitement purement médical ;

3° Que leur rupture est extrêmement rare, qu'elle amène quelquefois la guérison, mais produit plus souvent encore des accidents mortels ;

4° Que la ponction palliative est une opération simple, ordinai-

rement sans danger, et qui ne provoque que très-exceptionnellement des accidents sérieux ;

5° Qu'elle ne doit pas être prématurément pratiquée, ni trop souvent répétée, car, à mesure que les ponctions deviennent plus fréquentes, l'épanchement se reproduit plus vite, les malades s'épuisent et finissent par tomber dans un état de marasme qui amène rapidement la mort ;

6° Que l'extirpation de l'ovaire malade me paraît une opération téméraire, dangereuse, qui mérite d'être proscrite sans réserve ;

7° Que la méthode des injections irritantes, dans l'état actuel de la science, est la plus favorable pour obtenir la cure radicale des kystes de l'ovaire ;

8° Que les solutions d'iode me paraissent les plus propres à provoquer une inflammation purément adhésive dans le kyste, et à amener le retrait consécutif de ces parois ;

9° Qu'elles sont surtout indiquées et utiles dans les cas de kystes de l'abdomen franchement séreux, ovariques et autres ;

10° Que dans ces cas, elles sont exemptes de tout danger, soit immédiat, soit consécutif ;

11° Que l'épanchement de quelques gouttes de liquide médicamenteux dans le péritoine ne peut déterminer qu'une inflammation locale très-limitée et sans conséquences graves ;

12° Que les kystes hématiques purulents ou albumineux pourront être transformés souvent en kystes séreux par une ou plusieurs évacuations simples ;

13° Que si le kyste n'est pas séreux, il sera nécessaire, avant de faire l'injection iodée, de chercher à le transformer par le moyen que j'indique (ponction simple) ;

14° Qu'enfin le procédé qui consiste à laisser une sonde, une canule ou un tube à demeure dans la cavité du kyste, me paraît inutile, dangereux, et qu'il faut repousser ce moyen dont l'emploi n'est fondé sur rien, et qui est impropre à remplir les indications auxquelles on le destine.

Il nous reste à dire comment s'opère la guérison des kystes traités par les injections d'iode, ou, en d'autres termes, comment l'iode agit sur la membrane interne des kystes.

Il n'agit pas, comme on l'a cru longtemps, en provoquant l'inflammation des parties avec lesquelles il est mis en contact; mais il est modificateur de ces parties, sur lesquelles il agit d'une manière spéciale, et transforme avantageusement leur sécrétion morbide; il rétablit l'équilibre entre l'inhalation et l'absorption (Abeille, Hutin, 1849). C'est par rétraction que guérissent les kystes de l'ovaire, et non par inflammation adhésive ou suppurative; et si parfois on trouve des adhérences dans leur intérieur, c'est quand ces kystes ont été antérieurement le siége d'une inflammation plus ou moins vive.

C'est surtout dans les kystes purulents que se rencontre cette puissance modificatrice de l'iode, qui change, après quelques injections, le liquide purulent en un liquide séreux de bonne nature.

Les kystes guérissent en diminuant peu à peu de capacité, en revenant sur eux-mêmes, et en se rétractant parfois d'une manière si complète, qu'on ne trouve plus après la guérison la moindre trace de leur existence; ils guérissent dans ces cas comme l'hydrocèle.

Quand l'adhésion a lieu, parfois elle est incomplète, et dépend probablement d'une inflammation antérieure et étrangère aux injections iodées, puisque la teinture d'iode appliquée sur les tissus muqueux, comme celui de la surface interne des kystes, ne les enflamme jamais.

Quand les kystes ont été traités par la sonde à demeure, aidés des lavages et des injections répétées d'iode, il y a alors suppuration, et le mode de guérison est tout autre que dans les circonstances précédentes; en même temps que la guérison se fait par rétraction du kyste, elle a lieu par inflammation et par suppuration, toutes deux produites soit par la sonde elle-même, soit par l'air introduit dans la cavité, et qui transforme le liquide en matière purulente.

DES

VARICES DU DIPLOÉ

ET DU CUIR CHEVELU.

Si je place ici ces quelques pages sur une observation de varices du diploé et du cuir chevelu, c'est parce que je n'ai pas voulu entièrement abandonner ce sujet, choisi d'abord pour ma thèse.

Ce cas que je relate, dont l'étiologie est inconnue, la marche inaccoutumée, et le diagnostic impossible, est un de ces faits insolites sur lesquels on doit se borner à des interprétations. Mes recherches sur des observations qui peuvent concorder avec la mienne ayant été infructueuses, j'ai dû en faire une simple mention au lieu d'une étude.

Le malade qui est le sujet de mon observation était entré à l'hôpital de Grenoble dans le mois de mai 1853, et y était resté une année entière avant de passer dans les salles des vieillards (1).

Le cahier des visites porte comme diagnostic : affection cérébrale organique.

Le traitement a consisté dans l'emploi des potions anodines, potions avec l'eau de laurier-cerise, vésicatoire sur la région du cœur, paquets avec nitre et digitale, liniment camphré, baume opodeldoch, pierre à cautère, vésicatoire à la nuque; puis, tous les trois jours, un grand bain. Depuis deux ans, c'est-à-dire depuis 1855, Collet

(1) Ce service peu important est confié entièrement aux internes.

(c'est le nom du malade) souffrait de maux de tête peu violents, reparaissant deux ou trois fois par semaine, à des heures différentes, et irrégulières quant à leur siége.

Le 25 avril 1857, à ma visite, je vis le malade; il portait à la partie pariétale droite, s'étendant aussi à la portion médiane de l'os pariétal, une tumeur irrégulièrement arrondie, diminuant d'épaisseur du centre à la circonférence, et ayant à peu près 1 décimètre de diamètre dans le plus grand sens antéro-postérieur.

Cette tumeur présentait, comme caractère, de la fluctuation et de la rénitence; il n'y avait aucun changement de coloration de la peau et pas de chaleur; et ce qui me surprit, ce fut d'apprendre par le malade et la religieuse que cette tumeur s'était développée dans l'espace de douze à quinze heures, sans que rien pût en indiquer la cause.

Par tous ces caractères, ou plutôt par l'absence de tout signe, je crus à une affection de l'os, à un abcès par congestion, et, malgré sa fluctuation évidente, je ne me décidai à ouvrir cet abcès qu'après m'être bien assuré qu'il était sans communication avec l'intérieur du crâne.

Je fis donc avec le bistouri une ouverture de 2 centimètres au sommet de la tumeur, partie où la fluctuation était plus évidente, et à mon grand étonnement, malgré les pressions que j'exerçais dans tous les sens, rien ne sortit, si ce n'est un peu de sang rouge. Je passais une sonde par l'ouverture, je la promenais sans éprouver de résistance dans tous les sens, et jusqu'à l'os que je crus être sain; je la retirai teinte de sang.

Le 29. La tumeur ayant augmenté de volume, je fis une nouvelle ponction qui eut le même résultat que la première. Le malade souffrait beaucoup; j'ordonnai des frictions avec un liniment camphré et opiacé.

L'état général est bon; pas de fièvre ni de chaleur de la peau.

5 mai. La tumeur a diminué de moitié; les frictions sont suspendues.

Le 12. Une seconde tumeur se développe sur la région frontale droite; puis, le 16, une autre, distincte des deux premières, apparaît aussi dans l'espace de quelques heures, sur la suture de l'os frontal, et gagne la partie latérale gauche du même os; elles sont de tout point semblables à celle qui a apparu la première, mais la fluctuation y est moins évidente.

Le 23. La tumeur pariétale droite postérieure, qui avait été ponctionnée deux fois, a complétement disparu; le cuir chevelu est, en cet endroit, parfaitement normal; on n'y trouve aucun décollement.

2 juin. La fluctuation de la tumeur pariéto-frontale droite est évidente sur un point: les deux ponctions précédentes ne m'ayant pas réussi, je n'en tentai pas une troisième. Cependant, le 12, la fluctuation ayant fait des progrès et le cuir chevelu ayant diminué d'épaisseur, je fis une ouverture de la grandeur des deux précédentes, et aussitôt il en jaillit un jet de sang noir et filant: la dernière partie qui s'écoula des lèvres de la plaie en bavant était moins noire et plus visqueuse. En tout, il en sortit environ 130 grammes. Encouragé par ce succès, par un peu de fluctuation qu'offrait la tumeur frontale gauche, et peut-être aussi pour prendre une revanche de mes deux premières défaites, je la ponctionnai également, et il s'en écoula le même liquide, mais en moins grande quantité, malgré la pression que j'exerçai pour en évacuer tout le contenu. Les deux tumeurs ne se vidèrent qu'incomplétement, il en resta près d'un quart dans la première, et la moitié au moins dans la seconde; je sondai ces tumeurs, la sonde n'était gênée en rien, je pouvais la promener dans tous les sens sans causer la moindre souffrance au malade.

Le malade, qui souffrait beaucoup avant ces ponctions, fut soulagé après l'évacuation de ce sang, mêlé d'un peu de pus, et les nuits qui suivirent l'opération furent si bonnes, que je suspendis les opiacés, qu'il prenait depuis quelque temps, soit sous forme de pilules, soit sous forme de potion.

Les tumeurs ont peu diminué de volume relativement au liquide qui en est sorti.

Le 30. Les tumeurs pariéto-frontales ont diminué de moitié; le malade se trouve bien.

5 juillet. On me fait appeler: le malade se trouve très-oppressé, il est forcé de se tenir assis sur son lit; pas de douleur, pas de fièvre; je l'ausculte, le bruit respiratoire manque à la base du poumon droit; matité correspondante. — Vésicatoire sur le point où siége la matité; tisane nitrée.

Le vésicatoire n'ayant pas produit de vésication, on en applique un second que l'on fait précéder de frictions ammoniacales ; mais le résultat ne fut pas plus heureux. (Potion avec le sirop de digitale.) Deux jours après, mort.

Autopsie.

Le cuir chevelu, vu par sa face externe, présente sa couleur et sa forme habituelle; il est recouvert de cheveux et glisse sur l'aponévrose; cette dernière est épaissie, elle se détache aisément de l'os par la simple traction.

Entre elle et le muscle occipital, on trouve de petits kystes noirâtres; on en voit également entre elle et l'os.

Incisés ou percés à l'aide d'une grosse épingle, il jaillit de ces kystes un sang noir et épais.

Ils ont une enveloppe propre, assez épaisse eu égard à leur volume; cette enveloppe est lisse et de tout point semblable aux tuniques veineuses, si ce n'est qu'elle est plus épaisse que ces dernières ne le sont à l'état normal.

Ceux de ces kystes qui étaient en rapport avec les os du crâne se sont creusés des loges aux dépens de la table externe de l'os qui a été détruite. Dans quelques points, non-seulement la table externe a disparu, mais encore le diploé, et la table interne a si peu d'épaisseur, qu'en la voyant à contre-jour on croit qu'elle n'existe pas.

Partout où le diploé était à nu, on remarquait une couleur lie de vin, comme si les os eussent macéré pendant quelque temps dans du sang.

La face interne du crâne est à l'état normal.

Ces abcès ne paraissent pas communiquer entre eux ; car, en ayant injecté quelques-uns, je ne suis pas parvenu à faire pénétrer l'injection.

Ces petits kystes étaient bien, à n'en pas douter, des tumeurs variqueuses soit du cuir chevelu, soit du diploé.

Ce fut l'avis de M. Charvet, professeur d'anatomie de l'École secondaire de Grenoble, à qui je montrai les pièces de cette autopsie.

Les premières tumeurs qui apparurent, quoique plus grosses que ces dernières, étaient de la même nature qu'elles ; la lésion osseuse et la marche de la maladie le montrent clairement.

Mais pourquoi le sang ne s'est-il pas écoulé après deux ouvertures successives faites avec le bistouri? Je ne sais quelle bonne raison en donner, à moins de dire que le sang était coagulé, et la tumeur remplie par des caillots.

Cerveau. Épanchement extrêmement séreux et abondant entre la pie-mère et l'arachnoïde ; la masse cérébrale est blanche, décolorée ; les ventricules latéraux sont distendus par de la sérosité ; les artères ont des tuniques d'une épaisseur double de ce qu'elles sont à l'état normal. Sur le lobe droit et à sa partie inférieure et postérieure, il existe une dépression présentant une couleur ocre jaune, pouvant loger une grosse noix ; elle est en arrière limitée par la scissure de Sylvius.

Ce vide est formé par une perte de substance de l'encéphale, car il n'y existe pas trace de circonvolutions ; la pulpe du cerveau est, en cet endroit, ramollie dans une épaisseur de 3 à 4 millimètres.

Cœur. Recouvert d'une couche épaisse de graisse.

Poumons. Pleurésie avec épanchement du côté droit.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Déterminer si les membranes de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale peuvent toutes deux servir à transmettre les sons.

Chimie. — Décrire les caractères des iodures de mercure.

Pharmacie. — Quelle est la composition de la noix de galle? comment en extrait-on le tannin? Des formes pharmaceutiques sous lesquelles la noix de galle et le tannin sont employés en médecine.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des éricinées.

Anatomie. — De la structure de la sclérotique, de son épaisseur dans ses différents points, et des ouvertures qu'elle présente.

Physiologie. — Des mouvements de l'œil.

Pathologie interne. — De la myélite.

Pathologie externe. — Des ulcères aux fosses nasales.

Pathologie générale. — Des maladies qui peuvent affecter le type intermittent.

Anatomie pathologique. — Des helminthes intestinaux.

Accouchements. — De la syphilis chez les femmes enceintes.

Thérapeutique. — De la cinchonine.

Médecine opératoire. — Du moment que l'on doit choisir pour pratiquer les amputations.

Médecine légale. — Par quels faits le médecin expert reconnaît-il un empoisonnement? Quelle est la valeur relative des faits sur lesquels il fonde son diagnostic?

Hygiène. — De la durée de la vie en général.

Vu, bon à imprimer.

JOBERT DE LAMBALLE, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.

fontanelle postérieure, qui est située à gauche et en avant; le sommet se] occipito-iliaque gauche antérieure, présentation et position dont le diagnc par la palpation et l'auscultation.

Le travail se dessine; les douleurs sont fréquentes, assez fortes. J'essaie l'indicateur, principalement pendant les contractions, d'érailler les tissus constate le sillon, légère trace du col oblitéré, mais sans aucun résultat.

Je me décide alors à recourir à l'hystérotomie vaginale et à pratique devenue inévitable.

Vers 2 heures du matin, le 27, j'applique le spéculum et, à l'aide d'un bist le segment utérin à l'endroit du col, en portant l'instrument tranchant de ces incisions n'amènent que peu de sang, les fibres coupées s'écartent; r opération ne suffisant pas, je la répète une heure après.

J'arrive ainsi à pouvoir introduire l'extrémité de l'indicateur; seulement à insinuer le doigt plus haut, je pénètre dans un cul-de-sac, je sens comm qui sépare encore la tête fœtale de l'ouverture pratiquée. Cette membrane la paroi interne de la matrice, et je me demande si j'ai bien incisé toute Cependant, par prudence, je me décide à attendre les efforts de la nature a encore au bistouri.

Après quelques nouvelles douleurs, la dilatation se prononce, mais ses lentement. — Le travail traîne ainsi toute la matinée; je fais faire dans l'in trois bains de siége.

Vers 9 heures du matin, voyant que la situation se prolonge dans les n et craignant les suites d'un part aussi insolite, d'une complication que je re première fois, je demande un consultant.

A 11 heures et demie, mon excellent confrère d'Emael, M. Mélotte, vie concours.

Nous examinons ensemble la parturiente et nous tombons d'accord que lement créé, est assez dilaté pour que l'on puisse tenter une application d nous y décidons immédiatement, la nature ne parvenant pas à mener s à bien.

Nous faisons en conséquence nos préparatifs, nous plaçons la femme obstétricale et je m'apprête à opérer.

Je procède d'abord à la ponction des membranes, à l'aide du perce-meml le liquide amniotique s'écoule en assez grande abondance.

J'introduis alors les doigts, mais il m'est impossible d'arriver à la tête : la j'ai signalée plus haut, et que je suppose être un segment de caduque, s'i partie fœtale et la main, qui va buter dans un cul-de-sac. Je retire ma mai sant le spéculum, je découvre l'endroit où les membranes ont été ponctionr alors d'y insinuer un bistouri boutonné et de pratiquer une couple d'incis m'est possible d'y passer deux doigts, avec lesquels j'agrandis l'ouvert grande facilité, la membrane cédant sans la moindre résistance, et bientôt quatre doigts : je suis enfin à la tête, je suis arrivé.

Le forceps s'applique ensuite aisément; quelques tractions suffisent à an dehors. Le cordon fait deux circulaires autour du cou de l'enfant, circons encore présentée dans le précédent accouchement de la même dame; on le s ment, et j'extrais tout le fœtus. Celui-ci, un garçon, d'un volume plus que un état semi-asphyxié; les soins usités en pareil cas, surtout quelques plon froide, l'ont bientôt ranimé et nous avons le plaisir de l'entendre crier vigo

La délivrance, surveillée par mon confrère, se fait un quart-d'heure envir chement, sans rien offrir d'anormal.

Les suites de couches se passent dans les meilleures conditions. —